

mpower 扭转烟草流行系列政策

mpower



世界卫生组织

MPOWER: A POLICY PACKAGE TO REVERSE THE TOBACCO EPIDEMIC.

1.Smoking - prevention and control. 2.Tobacco use disorder - prevention and control. 3.Tobacco use cessation. 4.Health policy. 1.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 559663 9 (NLM classification: WM 290)

© 世界卫生组织, 2008

版权所有。世界卫生组织出版物可从WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 - 无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版处提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

Printed in Switzerland

扭转烟草流行系列政策

mpower



世界卫生组织



Monitor 监测烟草使用。

Protect 保护人们免受烟草
烟雾危害。

Offer 提供戒烟帮助。

Warn 警示烟草危害。

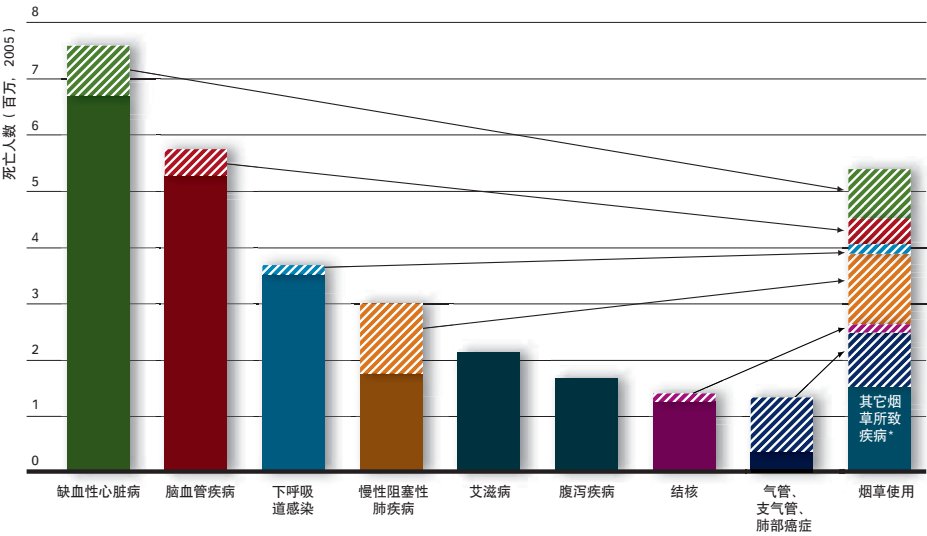
Enforce 确保禁止烟草广告
与促销。

Raise 提高烟税。

目录

- 7 前言
- 10 **mpower**: 烟草控制的憧憬
- 13 **mpower**: 系列政策与干预
 - p**: 保护人们免受烟草烟雾危害
 - o**: 提供戒烟帮助
 - w**: 警示烟草危害
 - e**: 确保禁止烟草广告、促销和赞助
 - r**: 提高烟税
- 31 **mpower**: 监测、监督与评价
- 33 **mpower** 与国家控烟规划
- 35 结论
- 36 定义
- 37 参考文献

烟草使用是世界八大死因中六种的危险因素



根据各死因柱形的颜色标注的阴影区域表示与烟草使用有关的死亡比例。

*包括口腔和口咽癌、食道癌、胃癌、肝癌等癌症，除缺血性心脏病外的心血管疾病，以及脑血管疾病。

资料来源：Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11): e442. 其它信息来自与C. D. Mathers的个人交流。

艾滋病毒/艾滋病最新数字出处：AIDS epidemic update. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2007.

前言

烟草是当今世界最大的可预防死亡原因，烟草使用者中的一半都会死于烟草使用。目前全世界吸烟者总人数超过十亿，约占世界人口的四分之一。每年烟草使用导致全球五百多万人死亡。在发展中国家，随着人口的稳步增长以及烟草企业的大力市场营销措施，烟草使用人数持续增长。

如果当前的发展趋势继续下去，到2030年，由于烟草使用导致的年死亡人数将超过八百万；到本世纪末，烟草将夺去十亿人的生命——而且据估计，其中四分之三以上都会集中在中低收入国家。¹

在世界前八位死因中，烟草使用是其中六个死因的危险因素。吸烟可引发肺、喉、肾、膀胱、胃、结肠、口腔和食道等部位的肿瘤，以及白血病、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺病、缺血性心脏病、脑卒中、流产、早产、出生缺陷、不孕等其它疾病，给人们带来了巨大的却是可预防的痛苦和严重的生产力损失。此外，烟草使用还会给家庭和国家带来巨大的经济损失，包括收入损失、生产力下降，以及卫生保健费用提高等。

烟草使用常常被错误地视为单纯的个人选择，然而事实并非如此。在充分认识到了烟草使用的健康危害后，多数吸烟者都有意戒烟，却往往因为尼古丁的成瘾性而难以戒除。不仅如此，烟草这一庞大的全球性产业每年斥资数百亿美元开展市场营销，雇用技巧高明的游说人员和广告商，竭力维持和增加烟草使用。²

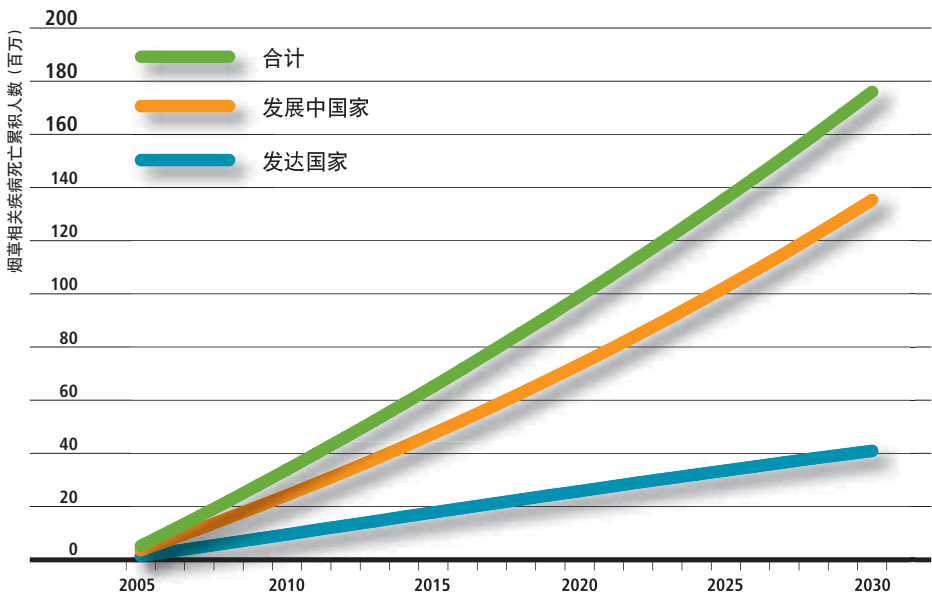
既往经验已经证实，有些战略确实能够减少烟草使用。然而，即便是在吸烟危害得到科学证实50多年，二手烟危害被证实20

多年之后，没有几个国家实施了经过认可的有效战略来控制烟草流行。发展中国家在这方面的举措更显不足，而烟草企业正是将目光集中在了这些国家的女性和年轻人身上，将他们视为烟草销售与利润最有潜力的增长点。³除此之外，一些国家的政府对烟草种植和生产有着直接或间接的利益关系，这对控烟行动进一步带来了阻碍。

世界卫生组织引领了国际上做出的努力，由此使得《世界卫生组织烟草控制框架公约》(世卫组织框架公约) 得以迅速生效。⁴到目前为止，公约共有168个签署国以及150多个缔约国。世卫组织框架公约为政策的制定、干预措施的策划，以及政治和财务资源的动员提供了原则与框架。控烟目标的实现需要对众多

预计到2030年为止，烟草将会造成全球超过1.75亿人死亡

2005-2030年，烟草相关疾病累积死亡人数



来源：Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, November 2006, 3(11):e442.

政府机构、学术机构、专业社团以及民间社会组织在全国范围内进行协调，同时还需要各国际合作与发展机构的协调支持。

世卫组织框架公约缔约国承诺，通过参与打击烟草流行的斗争，保护本国人民的健康。本文提出 **mpower** 系列政策，旨在帮助各国实现对世卫组织框架公约做出的承诺，将全球一致的反烟呼声变为全球性的反烟现实。**mpower** 系列政策是以世卫组织框架公约中所提出、已被证实可有效降低吸烟率的措施为基础而制定的。⁵

mpower 系列政策是将要向第61届世界卫生大会提交的《世界卫生组织预防与控制非传染性疾病行动计划》的一个有机组成部分。这是基于2000年第53届会议上通过的一项强调此类疾病防控重要性决议的行动后续。

烟草控制需要强有力的政治承诺以及民间社会的参与。⁶ 本文件意在作为各国利益攸关方的一个参考资料，帮助他们将 **mpower** 控烟系列政策转化为实践。它旨在帮助策划、建立和评价全国性和国际性的合作，同时协助获得控烟活动所需的财政资源。本文件具体内容包括四部分：

- **mpower**：烟草控制的憧憬
- **mpower**：系列政策与干预
- **mpower**：监测、监督与评价
- **mpower** 与国家控烟规划

mpower: 烟草控制的憧憬

mpower系列政策鼓励政策制定者与民间社会、医疗卫生服务提供者等社会各界，共同构想一个无烟的世界。同时，**mpower**提供了多种工具，用以建立一个具有促使减少烟草使用的法律与社会经济环境，支持无烟生活方式的世界。其终极目标是建立一个所有儿童与成年人都不再暴露于烟草烟雾的世界。

为使**mpower**系列政策达到减少全球烟草使用的目的，这些经证实有效的政策和干预措施必须得到切实执行，并开展面向并提高政策实施水平的系统调查，为这些政策和干预措施提供信息。除此之外，还要进行严格的监测工作，评估政策与干预措施带来的影响。干预措施的实施应当具有高覆盖率，部分实施对减少人群使用烟草通常是不够的。实施**mpower**系列政策，各国需要：

- **m**onitor 监测烟草使用。
- **p**rotect 保护人们免受烟草烟雾危害。
- **O**ffer 提供戒烟帮助。
- **w**arn 警示烟草危害。
- **E**nforce 确保禁止烟草广告与促销。
- **r**aise 提高烟税

下页的列表是对**mpower**系列政策与干预措施的一个总结。这些政策是互相补充和相互增效的。例如，提高烟税可以帮助吸烟者戒烟，减少新烟民人数，并防止二手烟危害。禁止烟草企业的市场营销和开展反烟草广告，可使人们认识到烟草使用的健康危害，改变公众对吸烟的认识，并利于政治决策。同时也

支持烟税立法、广告禁令与无烟化法律法规的执行。积极的监测措施可以提供基线信息，定准活动方向，追踪工作进展，以及评价干预措施的结果。



让孩子在无烟的环境中成长

mpower系列政策与干预措施

m 监测烟草使用情况 m1交叉活动 获取具有全国代表性，以人群为基础，针对青少年和成年人烟草使用关键性指标的周期性数据	p p1 干预 保护人们免受烟烟草烟雾危害 在医疗与教育机构，以及工作场所、餐厅、酒吧等所有室内公共场所建立和实施完全无烟化环境
	o o1 干预 提供戒烟帮助 加强卫生系统，使它们能够将戒烟劝导纳入初级卫生保健工作中。为戒烟热线和其它相关社区活动提供支持，同时在有条件的地方提供廉价易得的药物治疗措施
	w w1 干预 w2 干预 w3 干预 警示烟草危害 要求使用有效的包装警示标志 开展反烟草广告 得到关于反烟草活动的免费媒体报道
	e e1 干预 e2 干预 确保禁止烟草广告、促销和赞助 建立实施有效的立法，全面禁止任何形式的直接烟草广告、促销和赞助活动 建立实施有效的立法，禁止间接烟草广告、促销和赞助活动
	r r1 干预 r2 干预 提高烟税 提高烟草制品税率，保证定期对税率进行调整，以适应通货膨胀速度，确保税率上升速度快于消费者消费能力的提高速度 加强税收管理，减少烟草制品非法贸易

mpower: 系列政策与干预

下列策略经证实可有效降低烟草使用，它们已经在很多国家取得了成功，并有证据显示这些策略彼此之间具有协同作用。



P: 保护人们免受烟草烟雾危害

目的: 实现所有室内公共场所及工作场所（包括餐厅、酒吧）完全无烟化

二手烟可导致许多疾病，包括心脏病、肺癌和其它呼吸系统疾病等等。⁷二手烟暴露不存在所谓的安全暴露水平。完全无烟环境是唯一经证实可充分保护人们免受二手烟危害的方法。无烟环境不仅可以保护非吸烟者，⁸还能帮助吸烟者戒烟。⁹

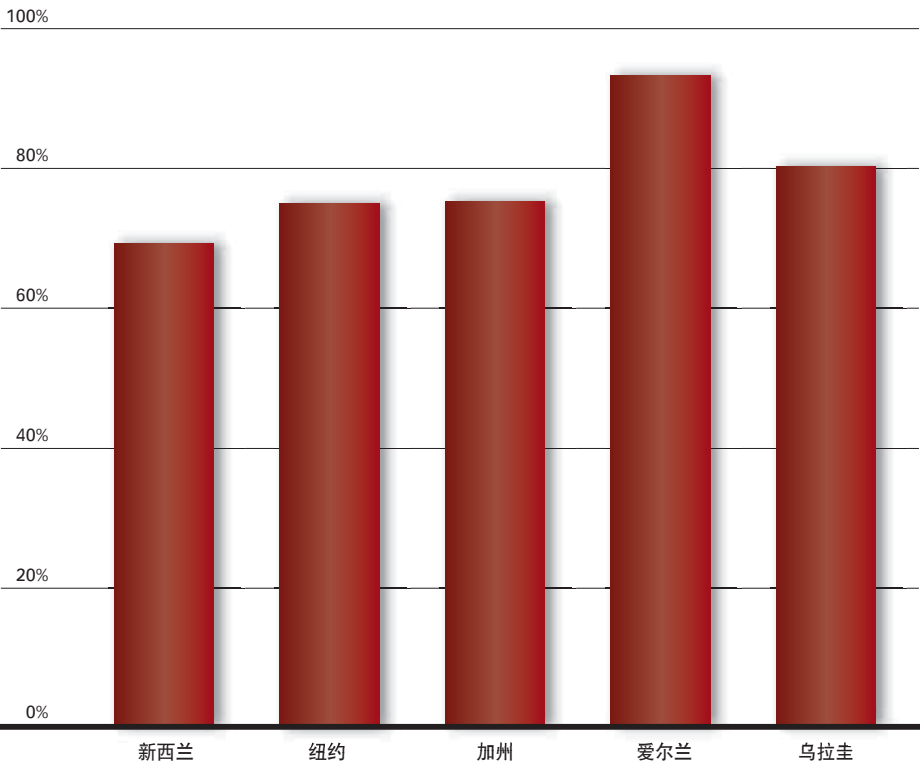
PI干预: 在医疗与教育机构，以及工作场所、餐厅、酒吧等所有室内公共场所建立并实施完全无烟化环境

二手烟烟雾可导致疾病。因此，在基层卫生点、诊所，还是大型医院，在医疗机构中任何地方吸烟都是不允许的。所有医疗机构的室内环境都必须无烟化，包括政府、非政府组织开办的各种医疗机构，以及私人医疗服务机构等。

除了医疗卫生机构外，所有教育机构也应实行无烟化。高等院校无烟化的意义尤为重大，这一举措可以保护年轻成人免受吸烟或二手烟暴露的危害。

无烟区域受人欢迎

酒吧和餐厅全面禁止吸烟后的支持情况



新西兰

Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand. *Aotearoa New Zealand smokefree workplaces: a 12-month report*. Wellington, Asthma and Respiratory Foundation of New Zealand, 2005 (http://www.no-smoke.org/pdf/NZ_TwelveMonthReport.pdf, accessed 5 December 2007).

纽约

1. Chang C et al. The New York City Smoke-Free Air Act: second-hand smoke as a worker health and safety issue. *American Journal of Industrial Medicine*, 2004, 46(2):188–195.
2. Bassett M. *Tobacco control; the New York City experience*. New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2007 (<http://hopkins-famri.org/PPT/Bassett.pdf>, accessed 8 November 2007).

加州

California bar patrons field research corporation polls, March 1998 and September 2002. Sacramento, Tobacco Control Section, California Department of Health Services, November 2002.

爱尔兰

Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, accessed 5 November 2007).

乌拉圭

Organización Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). *Estudio de “Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005”. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados)*. October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, accessed 5 December 2007).

世卫组织框架公约强调了所有室内工作场所无烟化的重要性。¹⁰ 世卫组织框架公约各缔约国都一致采纳了详细的准则，用以保护人们免遭二手烟危害。¹¹ 无烟化法律法规可以起到保护工作人员与公众健康的目的，且不会对企业效益带来危害——当然，烟草企业不在此列。

高收入国家的经验显示，公共场所与工作场所无烟化可以使烟草消费量减少3-4%。⁹ 在无烟场所工作的吸烟者戒烟的可能是在可吸烟场所工作吸烟者的两倍以上。¹²

政府在其直接监管的机构更容易实施禁烟（比如政府办公室）。然而，由于大多数国家的主要人口都集中在私有部门，利用法律手段实现所有室内工作场所无烟化就显得十分重要。在任何一个特定的部门（如餐馆和酒吧），一次性规定所有机构实行无烟化比仅仅要求某一规模或性质的机构执行无烟化效果要好得多。在一个部门内统一执行无烟化法令，能够确保所有受到影响的企业获得同等的竞争环境。此外，同样应当实现无烟化的还有各种公共交通工具及其站点，这其中包括出租车。

在餐厅、酒吧、俱乐部和赌场实施无烟化可能是一件颇有挑战性的工作。然而，越来越多的国家和地方经验显示，在这些场所实施无烟化不仅可行，而且很受公众欢迎，同时这一措施也没有对企业经营活动带来不良影响，并起到了增进健康的作用。^{13, 14, 15} 运用经济数据说话，可以反击烟草企业所谓的“无烟化会造成经济损失”的谬论。^{16, 17}

落实无烟场所需要进行立法。事实证明，自愿性政策是无效的。通风和设立单独吸烟室之类的措施不能将二手烟暴露水平降低到合格或者安全的水平。^{18, 19} 合理规划，充足的资源，有力的政治承诺，对大众传媒的有效利用，谨慎的法律起草，以及民间社会的参与都具有十分重要的意义。²⁰ 在就实施无烟场所进行立法的过程中，政府必须通过开展公众教育活动，争取广泛的公众支持。²¹ 针对企业主开展关于无烟工作环境的教

育活动，包括无烟化措施不会影响企业经营这一事实，可以减少来自商界的抵抗。

无烟场所法律法规一旦制订，就必须得到良好的执行。必要时，可在法律法规制订完成之后一段时间，更加积极地执行无烟政策和法规，以体现政府使其得到遵守的决心。在遵守程度达到较高的水准后，可以适当降低正规的执行力度，因为在公众和企业支持无烟化法律法规和政策的地区，无烟场所的维持在很大程度上是可以自我实现的。

将实施无烟化场所的责任交给机构的业主或管理者，是确保法律法规得以遵守的最有效的手段。在许多国家，企业主有为员工提供安全的工作场所的法律义务。对企业主罚款或施以其它的惩罚措施，比对吸烟者个人罚款更能有效确保法律得到遵守。对立法的实施及其带来的影响应当进行定期的监督。对无烟化立法生效后不会对企业经营造成负面影响这一事实进行评估和宣传，可以进一步提高对无烟化法律法规的遵守和接受程度。



O: 提供戒烟帮助

目的： 通过所有初级卫生保健机构和利用社区资源，提供方便易得的临床戒烟服务

由于大多数烟草使用者都对尼古丁这种成瘾性药物产生依赖，因此即使各方面都齐心协力，戒烟也不是件容易的事。当认识到自己在烟草相关疾病和过早死亡的风险后，烟草使用者会更倾向于戒烟。一旦做出戒烟决定，大多数烟草使用者戒烟都没有采用任何干预措施，但是获得戒烟帮助可以大大提高戒烟的成

功率。^{22, 23} 每日吸烟者在无帮助的情况下尝试戒烟, 复吸率高达90–95%。²²

处理烟草依赖问题主要是国家医疗卫生系统的职责, 包括政府、社会保障机构、非政府组织, 以及私人临床服务机构。²⁴ 由于临床戒烟服务关注的主要是个人行为, 因此临床措施在减少总体烟草使用水平方面较其它 **mpower** 策略具有较低的成本效益。但是, 戒烟干预措施对于帮助烟草使用者个人戒烟, 从而保护其健康和生命却有着十分重要的意义。此外, 与其它医疗系统活动相比, 临床戒烟服务对于健康状况带来的影响更加显著, 具有更高的成本效益。²⁵

实施控烟干预措施的政府在帮助烟草使用者戒烟问题上也要发挥作用。即便已经实施了各种确实提高戒烟率的控烟策略(提高烟价, 禁止所有烟草广告、市场营销和促销活动, 限制可吸烟场所, 以及为吸烟者提供关于烟草危害的教育等), 很多烟草使用者戒烟仍然有困难。为希望戒烟者提供支持的同时, 还能减少针对 **mpower** 中其它政策的抵抗。政府可以使用来自烟草税收的经费为戒烟服务提供补贴。

帮助烟草使用者戒烟的干预措施主要有两种。一种是咨询, 包括由医生或其他医务工作者在日常医疗服务中面对面地劝导, 以及通过戒烟热线在电话中提供咨询, 或者借助社区规划进行咨询; 另一种措施是提供低成本的药物治疗。

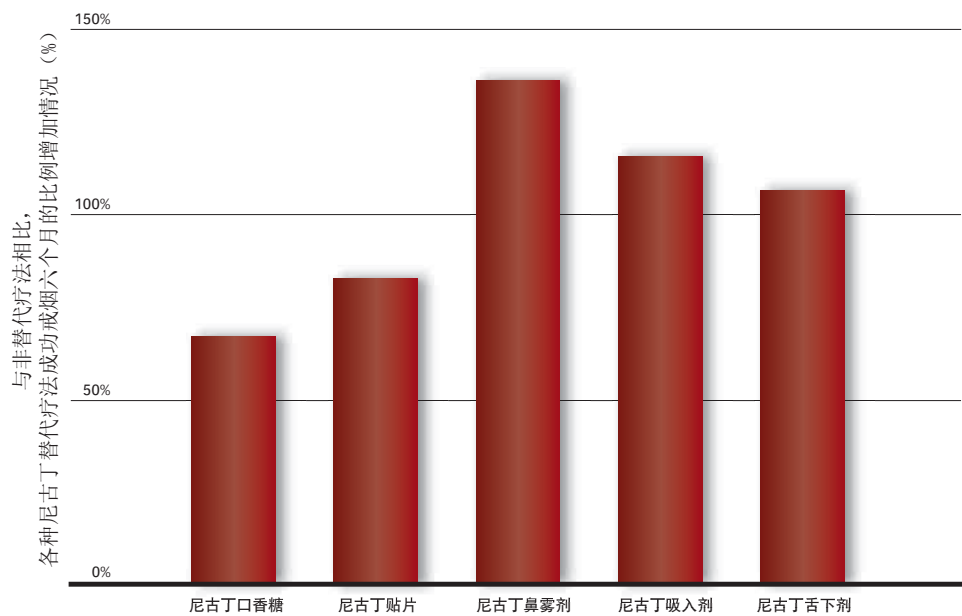
01干预: 加强卫生系统, 使初级卫生保健服务、戒烟热线和其它相关社区资源能提供戒烟劝导, 同时在有条件的地方提供廉价易得的药物治疗措施

识别烟草使用者并对其提供简要劝导应被纳入初级卫生保健服务和其它常规医疗访视活动中, 且应当包括持续的劝导, 强化戒烟的必要性。简短的戒烟咨询有效而且成本很低。当戒烟咨询来自医务工作者, 同时包含清晰、有力和个性化的劝导内容时, 所产生的效果最佳。^{22, 23} 如果医生提供的劝导内容与患者

的某些特别感兴趣的问题联系起来（比如怀孕、心肺症状咨询等），就会特别有力度。由较高权威的医疗专家提出的关于烟草使用风险的警告，一般都会很好地得到接受。此外，由不同类别的医务工作者提供咨询服务，戒烟率会有所提高。²²

由于戒烟劝导是在大多数人或多或少地都会接触的现有医疗服务基础上开展，因此这种措施的成本相对较低。然而，这一措施需要动员医务工作者，特别是医生来提出劝导。经过基本医疗服务培训但不是医疗专业人员的普通医务工作者，也可以帮助开展健康教育和戒烟干预活动。医务工作者可以参与当地

尼古丁替代治疗可以将戒烟率翻番



来源：Silagy C. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database System Review 2004;(3):CD000146.

或全国性的控烟活动。每一位医务工作者都应当成为 **mpower** 政策与干预措施的倡导者。

除了医疗服务机构外，戒烟劝导和咨询也可以在其它的环境下提出，包括免费的戒烟热线。戒烟热线应依靠人工答复，而不是事先录制的语音信息，且应在便利的时段对公众开放。在固定电话和手机十分普及，公众也很习惯拨打电话获取服务的国家，戒烟热线效果会很好。戒烟热线需要有资金支持，并训练工作人员接听来电，提供正确的咨询信息，以及介绍咨询者获取其它服务。戒烟热线所提供的信息内容与面对面咨询的内容相似，例如列出戒烟原因，做出戒烟准备，以及应对技巧等。

如果戒烟热线咨询员能够对来电者进行电话随访，了解其戒烟进度，并针对戒断、保持戒烟或失败后再次尝试提供相应的鼓励，可使戒烟热线取得最好的效果。定期多次电话随访可以最有效地保持患者的长期戒断决心。²⁶ 除此之外，社区团体、非医疗服务机构以及社区领导者也可以成为提供戒烟动力与信息的重要资源。

尽管单独使用药物治疗也十分有效，但是在最理想的情况下，尼古丁成瘾的药物治疗应与劝导和咨询措施同时使用。^{22, 23} 戒烟药物治疗可使成功戒烟率翻番，但是如果辅以咨询，其疗效更佳。药物治疗包括尼古丁替代治疗（NRT），具体可以非处方药的形式提供经皮贴片、药糖、口香糖、舌下含片、口腔吸入剂或者鼻喷剂。此外还有安非他酮和瓦伦尼克林等处方药。NRT通过替代部分日常由吸烟摄入的尼古丁达到减小戒断症状的目的。安非他酮是一种抗抑郁药物，可以降低渴求感和戒断症状。瓦伦尼克林可以阻断吸烟时由尼古丁引起的愉悦感。NRT一般可以在戒烟开始后一至三个月停药，部分严重成瘾者可能需要的疗程更长。

即使药物治疗受到国家预算的限制，大多数国家仍旧可以有效地运用低成本的咨询措施。同时，即便国家不对药物治疗提供补贴，仍应该使相关药物的销售合法化。



W: 警示烟草危害

目的：各年龄组、性别和居住地人群对烟草使用的健康风险有高度认识，使所有人都能了解，烟草使用的结局只有痛苦、残疾和过早死亡。

尽管对于烟草危害的证据已经举目皆是，世界上真正充分认识到烟草使用对其健康危害的吸烟者仍然相对较少。²⁷ 大多数人只是大体知道吸烟有害健康，但却不清楚烟草可以导致的众多具体疾病、长期使用烟草造成残疾和死亡的风险、尼古丁成瘾的速度或程度，以及二手烟的危害性等等。大多数人也过分乐观地认为，自己在希望戒烟时便可以轻易戒掉。

一个人最可能开始使用烟草的阶段是在青少年和成年早期。²⁸ 这些年龄组的人较少关注自己健康和生命面临的危险因素，更容易尝试高风险行为。²⁹ 他们容易受同伴压力或广告的影响。^{30, 31} 而且处在这一阶段的人与年长者相比，即便只是偶尔吸烟，也更易对尼古丁成瘾。^{32, 33}

通过大众媒体开展公众教育，宣传烟草使用对健康的危害（吸烟和二手烟的危害），可以影响个人开始吸烟或继续吸烟的决定。重要的教育干预措施包括向公众宣传烟草使用的健康风险，对烟草使用率较高和/或对烟草使用知识了解较少的特殊人群进行有针对性的教育，以及在卷烟包装和其它烟草制品上强制使用警示标志等。

反烟草教育与反烟草广告的最终目的是改变关于烟草使用的社会风气。通过打破烟草企业营销树立的美好吸烟形象，改变“烟草使用是一种低风险习惯”的错误认识，社会压力会促使许多人选择不使用烟草。而且，以这种方式改变社会规范，还能对政府的其它旨在降低烟草消费的举措争取到更多支持。

虽然针对儿童的反烟草规划在政治上颇受欢迎，而且具有广泛的公众号召力，作为学校健康教育课程的一部分的规划措施并没有对减少青少年尝试吸烟或开始吸烟起到太大的效果。^{34,35} 鉴于这种项目在预防开始吸烟方面效果不佳，并且不能带来长期影响，考虑开展学校项目时，必须具备一定的条件，包括具有严格的评价方案，以及其它 **mpower** 政策和干预措施已经到位。将注意力集中在儿童反烟草教育问题上，可能削弱更加全面、针对全民的反烟教育措施，而后者可带来更加长期的影响。³⁶

吸烟者接受图片警示

图片警示信息对巴西吸烟者的影响



资料来源: Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. Opinião pública, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml, accessed 6 December 2007).

W1 干预。要求有效的包装警示标志

利用烟草包装警示标志宣传烟草使用危害，是一种具有成本效益的手段，这样既可以向烟草使用者提供直接的健康信息，也能对看到包装信息的非烟草使用者带来宣传效果。^{37, 38, 39} 这种干预措施对政府而言几乎没有任何成本。

包装警示标志的内容与图形应通过立法手段做出强制要求，标志应当显著、清晰，最好应占据包装主要可见部分的至少一半。⁴⁰ 警示标志应描述烟草使用对健康带来的具体影响和导致的疾病，并应定期对内容进行轮换，从而持续保持对公众的吸引力。图片警示对所有吸烟者都有效，特别是对于不识字者或父母吸烟的儿童，其作用更加重要。除此之外，标志信息不允许包含任何关于某种烟草制品因其“低焦”、“淡味”、“超淡”或“柔和”等性质较其它产品危害更小的信息。任何烟草制品都是不安全的！使用这样的语言是在错误地暗示某些产品危害较小。⁴¹

吸烟带来的健康风险已有充分的证据，要求使用警示标志的立法通常不会受到烟草使用者的反对。但是，烟草企业几乎无一例外地会抵抗此类措施，特别是当要求使用大面积的图片加文字的警示内容时。烟草企业之所以会有此反应，是因为实践证明这种措施对控烟是有效的。

W2 干预。开展反烟草广告

政府和包括非政府组织在内的民间社会应协调采取各种措施，教育民众，动员开展反对烟草使用的行动。⁴² 关于烟草使用健康风险的信息应表达清晰，要具备同烟草企业广告和市场营销材料同等的质量和说服力。

烟草企业的宣传推广行动十分密集，具有很强的说服力，而且在财力上占有极大的优势，而利用专业广告机构改编或者制作和发布宣传资料，争夺公众注意力就成了一项十分重要的课题。对抗广告行动可能耗资巨大。然而，通过改编现有广告，有

条件的情况下争取到免费或低价的电视和广播黄金时段，增加国家的控烟预算等手段，是可以实现持续、有效、高收视率的反烟草信息宣传的，这样不仅能够鼓励很多烟草使用者戒烟，而且能帮助改变整个大环境，提高其它 **mpower** 干预措施的实施成功率。接触到有效反烟草电视信息的青少年，最终成为长期吸烟者的几率不到通常情况下的一半。⁴³ 成年吸烟者接触到反烟草宣传后，戒烟的几率也会相应提高。⁴⁴ 烟草企业也制作了一套自己的反烟草广告，这一般是对政府打击其商业活动而采取的一种回应措施。但是，它们的这些广告对减少吸烟都是没有效果的，甚至会导致吸烟者增加，特别是在年轻人当中。⁴⁵

W3 干预。获取对反烟草活动的免费媒体报道

除了付费广告外，反烟草教育活动媒体宣传还可以通过媒体公共关系活动得以实现，这些活动的目的在于促进相关的电视、广播报道，以及以纸质、广播和网络媒体、来信和评论文章等形式的新闻报道。这种过程有时被称为“免费媒体报道”（earned media），可以成为一种既十分有效，⁴⁶ 又十分便宜的公众教育手段，让公众了解烟草的各种危害，提高对控烟行动的关注，制止烟草企业的误导性宣传。

策划合理的媒体行动和 **mpower** 中的无烟场所、打击烟草市场营销、包装警示等政策的实施，本身就可以产生相当数量的免费媒体报道。只要烟草控制工作有所进展，比如实施或通过一项新法律，或者发布新的研究成果等等情况下，都要随即发表新闻材料，强调反烟草政策的立场。媒体通常会对这种类型的新闻进行报道，因此在这些新闻故事中包含有力的控烟倡导内容就会十分重要。符合事实并且具有浓郁人情味的当地新闻报道更加可能获得媒体机构及观众的青睐。采取创造性的、非同一般的手法，并以一种新颖的视角对主题内容进行宣传，更能成功地争取到媒体关注，因此，控烟倡导者们需要在开发媒体注意力的新手法上更加足智多谋。

E: 确保禁止烟草广告、促销和赞助*

目的: 全面禁止烟草广告、促销和赞助

全世界烟草企业每年投入广告、促销和赞助活动的资金高达数百亿美元²。为此,烟草控制的一个重要内容便是全面禁止任何形式的烟草制品市场营销活动。⁴⁷ 全面禁止烟草广告、促销和赞助对各个收入和教育水平的人群减少吸烟都非常奏效。⁴⁸ 部分禁止广告宣传对改变吸烟率几乎不产生任何作用。⁴⁹ 有证据显示,高收入国家通过全面禁止一切媒体使用任何烟草品牌和标志,使得烟草消耗量减少了7%。⁴⁹

烟草广告的主要目标人群包含了青少年,因为他们更容易成为吸烟者,并且一旦上瘾,很可能就成为常年的稳定顾客。此外,还有女性人群,在大多数国家,女性并没有使用烟草的传统,随着女性经济和社会独立性的不断提高,她们被烟草企业视为一个巨大的潜在市场,并开始采取有针对性的宣传措施。禁止烟草广告、促销和赞助活动时,应特别注意针对这些人群的营销渠道。

由于从广告支出中获利的不仅是烟草制造商,因此通过立法禁止烟草广告、促销与赞助活动可能会遇到相当大的阻力。不过,这些法律法规只要定的合理,实施和维持起来仍然会比较容易。这些法规的主要特点包括:

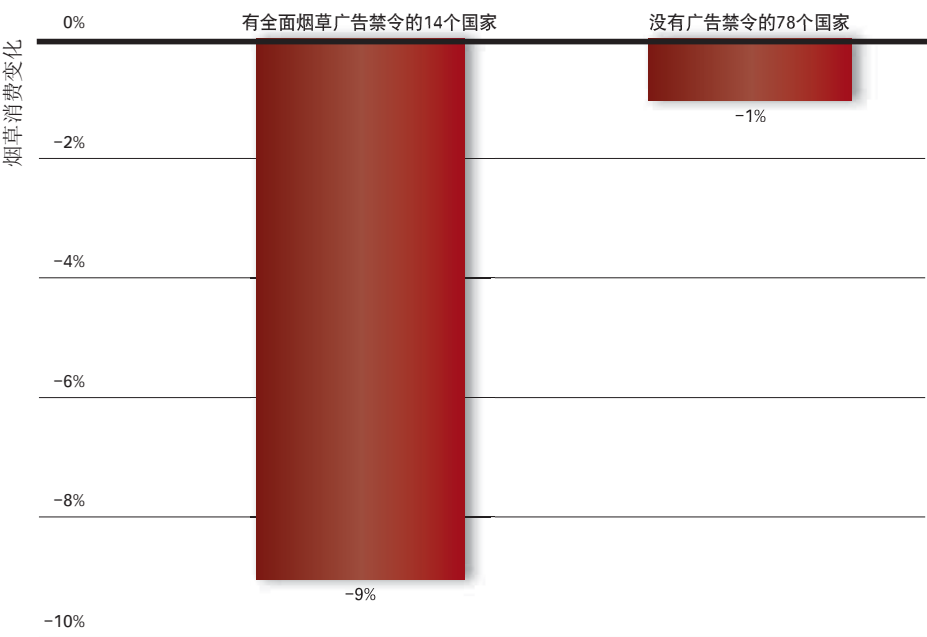
- 禁止一切媒体的烟草广告;
- 限制烟草进口商和零售商的市场营销活动;
- 限制与体育运动和娱乐行业有关的赞助活动。

对市场营销和赞助活动的自愿性限制不会产生什么效果;⁵⁰ 需要由政府采取经过合理起草并切实得到执行的立法措施进行

干预，因为烟草企业在规避广告禁令方面具有很高的专业水平。烟草企业常常将广告和促销活动说成是各烟草品牌之间竞争现有烟草使用者的市场手段，从而掩盖了其吸引新消费者的初衷。针对违反营销禁令的处罚措施必须到位，以使处罚产生实质性的效果。烟草企业资金雄厚，因此采取的经济处罚必须足够高，从而避免烟草企业采取措施规避法律法规的约束。

全面禁止烟草广告可以扩大其它干预措施的效果

实施广告禁令十年后两类国家烟草消费的平均变化情况对比



来源：Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000.

*《世界卫生组织烟草控制框架公约》第13 条中第1 段提到：“各缔约方认识到广泛禁止广告、促销和赞助将减少烟草制品的消费。”同时，第13 条还认识到，一些国家实施广泛禁止的能力可能受到其宪法或宪法原则的限制。

E1 干预。制订并实施有效立法，全面禁止一切形式的直接烟草市场营销活动

为了产生效果，对直接烟草广告的禁令应当全面，要覆盖所有形式的媒体和广告，⁵¹ 否则烟草企业会寻求替代的广告载体，借以向目标人群传递信息。^{52, 53} 如果仅仅禁止某种媒体形式的烟草广告，烟草企业会很轻易地将资金转向允许作广告的媒体。禁令应当包括，但不限于下列媒体：报纸和杂志、广播和电视、广告牌和互联网。

禁止零售商店的产品展示和标志等销售点广告也同样重要。⁵⁴ 这一措施能够限制或切断营销活动吸引烟草使用者的购买能力。将卷烟摆放在柜台后面不能直接看到的位置，可使这一干预措施进一步得到强化。这样一来，顾客就必须特意询问商店是否售烟。这一动作虽小，却能大大阻止消费者购买卷烟。

E2 干预。制订并实施有效立法，禁止间接烟草广告、促销和赞助

间接烟草广告、促销和赞助措施将烟草使用与吸引人的情境或环境联系起来，包括电影与电视作品中描绘烟草使用的镜头，赞助音乐和体育活动，使用时尚的非烟草制品，借助名人推销烟草，以及使用标识性的信息（如印在衣服上的烟草商标）。间接市场营销手段可以起到美化烟草与烟草企业在公众中形象的作用。

监视烟草企业的各种策略对于建立有效的反制措施可发挥重要作用。持续的监视措施可以发现新的市场营销和促销活动方式，这些新手段甚至可以规避再清晰不过的书面全面禁烟法令。除了传统的媒体和市场营销渠道外，对新兴媒体类型和社会潮流也需要进行监视，比如手机短信和完全靠人际传播的地下夜总会。

R: 提高烟税

目的: 逐步降低烟草制品的价格可承受度

提高税收就进而提高了烟草及烟草制品的价格, 这是减少吸烟的最有效手段。烟草价格提高会减少吸烟人数, 并促使继续吸烟者减少每日吸烟量。由于烟草需求的变化弹性不大, 同时零售价格中的总税率仍然不高, 因此即使考虑消费量减少这一因素, 提高烟税仍然至少可以在短期或中期内增加国家税收。⁵⁵ 事实上, 一些国家已经将烟草税率提高到了零售价格的75%以上。⁵

据估计, 零售价格每提高10%, 高收入国家的烟草消费量就会减少约4%, 中低收入国家会减少大约8%, 而吸烟率则会相应地降低上述比例的一半左右,⁵⁶具体情况与收入、年龄和其它人口统计学因素相关。高烟税对于预防或减少青少年和贫困人群吸烟具有特别效果。^{57, 58}价格上涨之后, 促使青少年与低收入吸烟者戒烟或减少吸烟的几率是其他人群的二至三倍, 这是因为这些人群在经济上对烟草提价最为敏感。^{53, 59}

干预。提高烟草制品税率, 保证定期对税率进行调整, 以适应通货膨胀速度, 确保税率上升速度快于消费者消费能力的提高速度

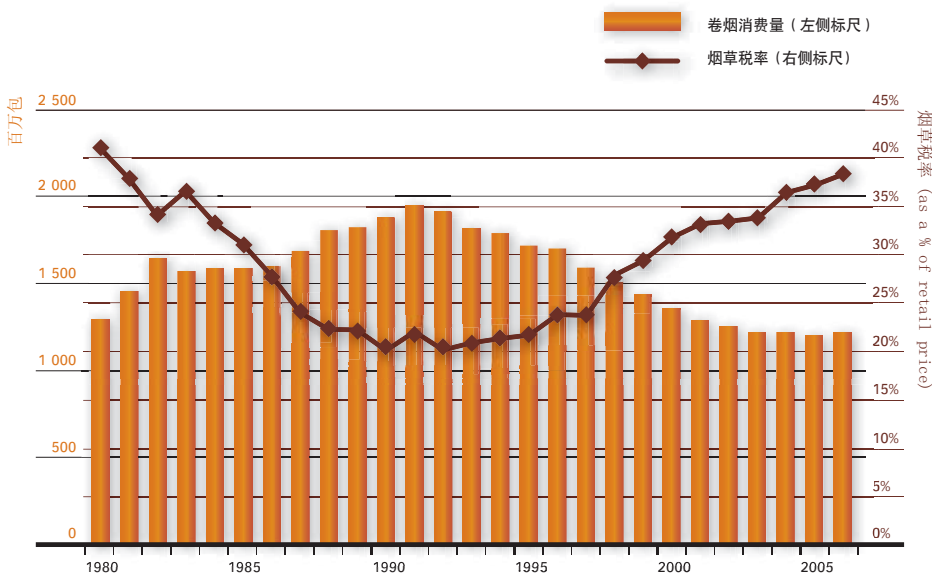
征收烟草税的目的是逐步降低烟草制品的价格可承受水平, 这就需要政府必须定期提高税率, 以确保烟草制品的实际价格上升速度超过消费者的消费能力提高速度, 并保证所有烟草制品税率都得到提高, 包括吸食最多和价格最低廉的烟草产品。

如果烟税提高没有对提高烟草制品的实际价格带来影响, 且没有超过购买力的提高速度, 那么烟草制品就会变得相对廉价,

从而具有更高的可承受度，其结果就是烟草消费量增加，烟草使用率提高。此外，如果提税只是提高了高端产品的价格，而对低价位产品没有显著的影响，那么贫困人群的烟草消费量很可能不会减少，因为他们更有可能改吸廉价产品。同时，有的烟草使用者也可能转向价钱更便宜的品牌或者烟草制品，从而导致个人支出和尼古丁水平保持不变，烟草消费总量也没有降低的情况。⁶⁰不同的烟草税收方案可有相同的收入增幅，但是有的方案会大大减少烟草使用，有的却没有什么作用，这具体就要看是对哪些产品征税，如何征税，以及征税的水平如何。

烟草税可减少烟草消费

南非烟草消费量与烟草税率的关系



来源：van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XX1st century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, accessed 6 December 2007). 其它信息来自与van Walbeek的个人交流。

为使烟草税收这一公共卫生干预措施产生最大影响，通过提高烟税带来的部分税收收入可以转而用于控烟及其它公共卫生和社会规划活动。这样，可使提高烟税的做法更易受到公众的欢迎，这里也包括烟草使用者。在大多数国家，烟税收入都是政府投入到控烟事业资金的几百上千倍。将这些资金中的一部分用于烟草控制，可以提高烟草税的受欢迎程度，并大大增加 **mpower** 政策实施的资金来源（如反烟草广告行动、戒烟咨询等）。

消费税可以是量税或从价税，或者二者结合来使用。在零售价格、税收收入、产品种类和质量等方面，这两种消费税各有优势和不足。从量税（比如每包20支卷烟征税1美元或相当的当地货币金额）可以保障政府收入不受烟草制造商降价的影响，这种方式计算起来更方便，并且可以自动地加以调整，同时，这种方式对于降低烟草消费的作用也更明显，特别是当随着通货膨胀自动调节时。从量税应当与通货膨胀水平保持一致，并定期进行调整，以适应消费者的购买力提高，从而保持降低烟草消费水平的效果。而另一方面，从价税能够自动地与通货膨胀水平保持一致，同时如果烟草企业提高产品价格，还能够增加收入。但是，在烟草制品价格差异很大的国家，提高从价税可能会在很大程度上鼓励吸烟者转向低价位产品，从而降低烟税措施的健康效益。

在加工环节征收消费税并在烟盒上贴上税票是最为实际的征税办法。这样可以简化征税程序，减轻批发商及零售商的管理工作，许多批发商和零售商是小型企业，他们无法精确计算出应交税金。对于进口烟草，销售税常在进口口岸连同其它海关税一起征收。销售税或增值税（VAT）也可在进口口岸或零售环节上征收，与其它商品无异。

r2干预。加强税收管理，减少烟草制品非法贸易

面向烟草加工商的中央集权税收体制也可以减少非法贸易活动，可使监管更加简便易行。国家必须加强税收管理与海关部门的监管能力，特别是针对那些走私和/或逃税猖獗的地区。

采用最前沿的检验技术，海关官员之间更好地进行沟通，以及高水准的执法力度，对减少非法贸易十分重要。除此以外，在每件零售商品的包装上粘贴税票，强有力法律支撑下的执法力度，政府记录的有效保存，以及强制要求使用当地语言在包装上提供警示信息，也是降低非法贸易的有效手段。所有这些措施都需要强有力的政府承诺，遏制非法贸易活动。

加强打击烟草走私的全球性行动。框架公约缔约国正在协商起草一部全新的，对非法贸易具有法律约束力的议定书。作为全球反吸烟措施的一部分，它将打击走私及假冒活动。在烟草走私这一重要问题上，这部议定书会重点强调加强国际协调。



支持无烟世界

mpower 监测、监督与评价



目的: 建立有效的监测、监督与评价系统, 监测烟草使用情况

m1交叉活动: 获取具有国家代表性, 以人群为基础, 针对青少年和成年人烟草使用关键性指标的周期性数据

一半以上的国家都没有近期的, 具有全国代表性的青少年及成人烟草使用流行率信息。

各国在对控烟战略及干预措施进行有效规划时, 需要掌握烟草使用方面的准确数据, 以便在需要时加以实施, 衡量其带来的影响, 并适时进行调整, 以确保获得成功。精确的数据能够使得干预措施得到正确实施, 有效性地衡量带来的影响, 并在必要时做出及时的调整, 这样可以大大增加获得成功的可能性。所有监测、监督与评价系统都必须使用标准化并且具有科学性的数据采集与分析方法。从足够大的样本中随机抽取具有代表性的样本开展的人口调查, 能在可接受的调查误差范围内对烟草使用模式进行合理的评估。烟草使用调查可单独进行, 亦可结合其它更重要的卫生问题调查一道开展。

调查应该定期重复, 使用相同的问题、样本、数据分析技术和报告技术, 以使数据能够进行逐年比较。同时需要开展对控烟干预影响的长年精确评估。

除了需要确定烟草使用状况及消费模式，以计算一个国家的总体吸烟流行率和亚人群吸烟率以外，还应针对普通大众及特殊人群提出调查问题，了解他们对烟草使用的知识、态度及实践状况，以及公众对烟草控制措施的认识。⁶¹

全球青少年烟草调查及全球成年人烟草调查是全球烟草监控系统的一部分，通过运用一系列调查方案，包括同样的抽样程序、核心问卷、现场调查流程及数据管理，对国家间可比数据的收集提供指导。烟草监测信息对国家层面烟草控制干预措施的设计、监测与评价具有帮助。

其它应开展的监督活动包括政府执行力度及社会对烟草控制政策遵守情况的评估，还包括征税及逃税，无烟场所禁烟令，及广告、市场促销禁令。通过流行病学研究，可确定与吸烟相关的疾病和死亡负担，及控烟干预对健康状况带来的影响。此外，还应开展公众对控烟行动支持度的民意测验，其中包括增加税收，创建无烟场所，并监督政策的实际遵守程度。

通过对直接医疗支出及生产力损失的研究，可以确定吸烟及二手烟带来的经济成本。同时，应该监督烟草广告、市场营销和促销活动的范围及类型，包括烟草公司对公共与私人活动的赞助。



开创健康未来

mpower与国家控烟规划

全国性的行动对实现世卫组织框架公约的构想有着非常重要的作用。建设国家能力,开展有效的,可持续的国家控烟规划是抗击烟草流行的最重要的措施之一。顾名思义,一个成功的国家控烟规划必须覆盖全国的所有人口。

针对国家控烟规划的战略计划通常由中央层面的卫生部制定。然而在很多大国,规划必须设计得灵活,易于执行,通过放权至地区/州/市及县/村一级,才能使干预措施面向每个公民,触及到每个公民。⁶²

要成功实施 **mpower**, 需要创建一个全国性的协调机制, 该机制须获得政府的正式授权, 制定行动计划并协调其实施, 以及建立一个全国性的基础设施, 以实施行动计划。通过在卫生部设立中央一级的策划与政策开发部门, 在地方设有执行与实施机构, 各国就具备了开展控烟活动的良好框架。

要成功实施 **mpower** 政策, 同样需要政府高层的支持, 在策划及实施过程中需要技术专家及专业人士的大力支持。从中央到地方, 人员配备良好的国家控烟规划可在法律事务、执行、市场营销、税收、经济、宣传、项目管理及其它重要领域提供高效的领导及协调。许多国家也需要设置次国家级的控烟办公室, 以确保规划内容得到有效实施, 并使控烟干预活动触及目标人群。具有专职敬业的控烟人员, 可大大增强成功实施 **mpower** 的能力。应针对下列领域配置人员与资源:

- 项目协调, 包括次国家级活动的支持;
- 流行病学及监测;
- 经济学与税收;
- 公众教育、媒体与包装警示;

- 法律事务, 包括支持全面无烟环境, 以及广告、促销与赞助禁令的立法与实施机制;

一个高效、人员配备到位的烟草控制规划, 可以使干预措施得到有效的实施, 从而减少吸烟者人数, 并且拯救生命。从项目能力优先的角度出发, 各国可以根据所采取的措施对吸烟流行率带来的潜在影响程度来配置人员并从中获益。这些具体措施为: 提税, 市场营销禁令, 反烟草广告 (包括健康警句), 避免二手烟危害, 以及帮助吸烟者戒烟。在财力有限的小国, 一名员工可从事多项工作。

除人力资源之外, 国家控烟规划还需要有物质及财政资源。如果没有政府内、政府间及其他相关各方的后勤支持和有效合作, 国家控烟规划就无法得到执行, 六项 **mpower** 政策也无法有效实施。

由于是在基层实施国家控烟规划, 要取得成功就要确保具备充足的资源, 并对地方公共卫生专业人员及政府领导开展能力建设。

各国政府可以通过征收烟草税获得大量资金, 用以支付额外的人员与项目成本。从覆盖全世界三分之二人口的70个国家搜集的数据来看, 这些国家烟草税收总额高于烟草控制活动经费的500倍以上。政府烟草税收高达二千亿美元, 政府具有充分的财力对控烟规划加以扩大和加强。进一步增加烟草税收可为这些活动带来额外的资金支持。



结论

如果我们不采取紧急措施，烟草使用造成的年死亡人数将在未来几十年内翻番。然而，烟草导致疾病的流行是人为造成的，那么人们也就可以通过政府与民间社会的行动扭转这场流行。烟草流行是可控制的，但仍要依靠各国采取有效的措施保护其民众。不仅如此，烟草流行正在加剧卫生不平等的状况——在一国之内，一般穷人比富人吸烟多；在国际上，用不了多长时间，80%以上的烟草所致疾病与死亡就会集中在贫穷国家。

世卫组织框架公约现有150多个缔约国，公约展现了全球采取行动的承诺，并确定了关键的有效控烟政策。通过这一划时代的国际公约，各国领导人再次确认了其国民享有获得最高水准健康的权利。为了实践这一基本人权，**mpower**六项有效烟草控制政策的全面实施和执行，将会保护各国国民免受烟草导致的疾病与死亡危害。**mpower**系列政策可将世卫组织框架公约的憧憬转变为全球的现实。

烟草是当今最重要的公共卫生问题之一并具有其特殊性，控制烟草流行的方法清清楚楚摆在面前，并且举手可得。如果各国政府对实施**mpower**系列政策具有政治承诺，并提供技术及后勤支持，便可以拯救千百万人的生命。为实施**mpower**系列政策，各国需要采取具体的干预措施，以：

- 监测烟草使用情况
- 保护人们免受烟草烟雾危害
- 为戒烟提供帮助
- 警示吸烟的危害
- 确保禁止烟草广告和促销
- 提高烟税

本系列政策将有助于为当前烟草使用者戒烟创建一个支持性的环境, 保护人们免受二手烟之害, 并预防青少年养成吸烟习惯。烟草流行完全系人为之灾, 我们必将以人力将其终结! 立刻行动起来!

定义	
从价税	根据物品价值征收的税金 (即按价格的百分比)
戒烟	停止吸烟 (至少三个月不吸烟)
现吸烟者	当前偶尔或每日吸食任何烟草制品的人
NRT	尼古丁替代治疗
公共场所	公众或部分公众有权使用或对其开放的场所; 或正在被公众或部分公众使用的场所 (包括付费, 会员制或其它使用方式)
室内公共场所	所有普通大众可进入的场所或集体使用的场所, 有屋顶覆盖, 且有一面或多面的墙壁或立面, 无论其所有权或使用权的归属, 不限所用建筑材料, 不论场所为长期或临时性。
公共交通工具	公众成员在任意时间使用的任何交通工具, 包括出租车, 通常有回报或商业盈利
二手烟	卷烟或其它烟草制品燃烧端燃烧产生的侧流烟雾, 以及吸烟者呼出的烟雾
无烟空气	无烟雾可视、可闻、可感觉、可测得的100%无烟空气
从量税	对物品单位数量所征税金 (如对20支/1包的卷烟征税1美元)
吸烟	拥有或控制一件点燃的烟草制品
烟草广告与促销	以直接或间接促进烟草制品或烟草使用销售为目的、结果, 或潜在结果的, 任何形式的商业传播、推荐或行为
烟草企业	烟草制品的制造商、烟草制品批发分销商与进口商
烟草制品	部分或完全由烟叶制成的产品, 可供吸、吮、嚼或嗅
烟草赞助	面向任意事件、活动或个人, 以烟草制品或烟草使用促销为目的、结果或直接或间接潜在结果为目标的, 任何形式的捐赠
工作场所	包括免费志愿者在内, 人们在受雇佣或工作期间所使用的任何场所, 包括其附属或相连的空间及工作中使用的交通工具

参考文献

- 1 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- 2 Federal Trade Commission. *Cigarette report for 2003*. Washington, DC, Federal Trade Commission, 2005 (<http://www.ftc.gov/reports/cigarette05/050809cigrpt.pdf>, accessed 6 December 2007).
- 3 World Health Organization. *Gender and Tobacco Control: A Policy Brief*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf, accessed 21 March 2008).
- 4 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 5 World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>, accessed 21 March 2008).
- 6 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 4*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 7 U.S. Department of Health and Human Services. *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General*. Atlanta, Public Health Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 20 February 2008).
- 8 Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384–388.
- 9 Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188.
- 10 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 8*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 11 Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Second session. *First report of committee A*. World Health Organization, July 2007 (http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf, accessed 21 March 2008).
- 12 Bauer JE et al. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1024–1029.
- 13 Office of Tobacco Control. *Smoke-free workplaces in Ireland: a one-year review*. Dublin, Department of Health and Children, 2005 (http://www.otc.ie/uploads/1_Year_Report_FA.pdf, accessed 21 March 2008).
- 14 Organización Panamericana de la Salud (Pan-American Health Organization). Estudio de “Conocimiento y actitudes hacia el decreto 288/005”. (Regulación de consumo de tabaco en lugares públicos y privados.) October 2006 (http://www.presidencia.gub.uy/_web/noticias/2006/12/informeo_dec268_mori.pdf, accessed 21 March 2008).
- 15 Ministry of Health, *China tobacco control report*. Beijing, Government of the People's Republic of China, May 2007.
- 16 Scollo M et al. Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 2003, 12:13–20.
- 17 Binkin N. et al. Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:522–527.
- 18 World Health Organization and International Agency for Research on Cancer. *Tobacco smoke and involuntary smoking: summary of data reported and evaluation*. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 83. Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>, accessed 21 March 2008).

- 19 California Environmental Agency. *Health effects of exposure to environmental tobacco smoke*. Sacramento, Office of Environmental Health Hazard Assessment, 1997 (http://www.oehha.org/air/environmental_tobacco/finalets.html, accessed 21 March 2008).
- 20 World Health Organization. *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf, accessed 21 March 2008).
- 21 WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>, accessed 21 March 2008).
- 22 Fiore MC et al. *Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services (http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf, accessed 21 March 2008).
- 23 Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain; a report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians*. London, Royal College of Physicians of London, 2000 (<http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/nicotine>, accessed 23 March 2008).
- 24 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 14*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 25 Cromwell J et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. *Agency for Health Care Policy and Research, 1997, 278:1759–1766*. Cited in Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults – United States, 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1997, 46(51):1217–1220.
- 26 Stead LF, Perera R, Lancaster T. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. *Tobacco Control*, 2007, 16(Suppl. 1):13–18.
- 27 Siahpush M et al. Socio-economic variations in tobacco consumption, intention to quit and self-efficacy to quit among male smokers in Thailand and Malaysia: results from the International Tobacco Control-South-East Asia (ITC-SEA) survey. *Addiction*, 2008, 103(3):502–508.
- 28 U.S. Department of Health and Human Services. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1994.
- 29 Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2004, 1021:51–58.
- 30 Hoffman BR et al. Perceived peer influence and peer selection on adolescent smoking. *Addictive Behaviours*, 2007, 32:1546–1554.
- 31 Pollay RW et al. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979–1993. *Journal of Marketing*, 1996, 60:1–16.
- 32 DiFranza JR et al. Symptoms of tobacco dependence after brief intermittent use: the development and assessment of nicotine dependence in youth-2 study. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2007, 161:704–710.
- 33 Panday S et al. Nicotine dependence and withdrawal symptoms among occasional smokers. *Journal of Adolescent Health*, 2007, 40:144–150.
- 34 Wiehe SE et al. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 2005, 36:162–169.
- 35 Thomas R, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 3, Art. No.: CD001293.
- 36 Warner KE. The need for, and value of, a multi-level approach to disease prevention: the case for tobacco control. In: Smedley BD, Syme SL, eds. *Promoting health: intervention strategies from social and behavioral research*. Washington, DC, National Academies Press, 2000.
- 37 Hammond D et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006, 15(Suppl. 3):iii19–iii25.
- 38 Datafolha Instituto de Pesquisas. 76% são a favor que embalagens de cigarros tragam imagens que ilustram males provocados pelo fumo; 67% dos fumantes que viram as imagens afirmam terem sentido vontade de parar de fumar. *Opinião pública*, 2002 (http://datafolha.folha.uol.com.br/po/fumo_21042002.shtml, accessed 6 December 2007).
- 39 World Health Organization. *Tobacco warning labels. Factsheet No. 7*. Geneva, Framework Convention Alliance for Tobacco Control, 2005 (<http://tobaccofreekids.org/campaign/global/docs/7.pdf>, accessed 25 February 2008).

- 40 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 11*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 41 World Health Organization. *Tobacco: deadly in any form or disguise*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf, accessed 21 March 2008).
- 42 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 12*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 43 Siegel M, Biener L. The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:380–386.
- 44 McVey D, Stapleton J. Can anti-smoking television advertising affect smoking behaviour? Controlled trial of the Health Education Authority for England's anti-smoking TV campaign. *Tobacco Control*, 2000, 9(3):273–282.
- 45 Wakefield M et al. Effect of televised, tobacco company-funded smoking prevention advertising on youth smoking-related beliefs, intentions, and behavior. *American Journal of Public Health*, 2006, 96:2154–2160.
- 46 American Cancer Society. *American Cancer Society/UICC Tobacco Control Strategy Planning Guide #4. Enforcing Strong Smoke-free Laws: The Advocate's Guide to Enforcement Strategies*. Atlanta, American Cancer Society, 2006.
- 47 World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control, Article 13*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 48 Borland RM. Advertising, media and the tobacco epidemic. In: *China tobacco control report*. Beijing, Ministry of Health, People's Republic of China, 2007 (http://tobaccofreecenter.org/files/pdfs/reports_articles/2007%20China%20MOH%20Tobacco%20Control%20Report.pdf, accessed 21 February 2008).
- 49 Saffer H, Chaloupka F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *Journal of Health Economics*, 2000, 19:1117–1137.
- 50 Government of Great Britain. *Select Committee on Health*. Second report. London, House of Commons, 2000 (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm199900/cmselect/cmhealth/27/2701.htm>, accessed 25 February 2008).
- 51 Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:215–236.
- 52 World Bank. *Tobacco control at a glance*. Washington, DC, World Bank, 2003 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPHAAG/Resources/AAGTobacControlEngv46-03.pdf>, accessed 25 February 2008).
- 53 Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington, DC, World Bank, 1999 (<http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>, accessed 25 February 2008).
- 54 World Health Organization. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008. (<http://www.who.int/tobacco/mpower/en/index.html>, accessed 21 March 2008: tables 2.1.2, 2.2.2, 2.3.2, 2.4.2, 2.5.2, 2.6.2).
- 55 Jha P et al. Tobacco addiction. In: Jamison D et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. Washington, DC, World Bank, 2006.
- 56 Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press, 2000:2737–2772.
- 57 van Walbeek C. *Tobacco excise taxation in South Africa: tools for advancing tobacco control in the XXIst century: success stories and lessons learned*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf, accessed 6 December 2007).
- 58 World Health Organization. *Who Framework Convention on Tobacco Control, Article 6*. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) (http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf, accessed 21 March 2008).
- 59 Centers for Disease Control and Prevention. Response to increases in cigarette prices by race/ethnicity, income, and age groups – United States, 1976–1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1998, 47:605–609.
- 60 White VM et al. How do smokers control their cigarette expenditures? *Nicotine and Tobacco Research*, 2005, 7(4):625–635.
- 61 Starr G et al. *Key outcome indicators for evaluating comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2005 (http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/surveillance_evaluation/key_outcome/00_pdfs/Key_Indicators.pdf, accessed 21 March 2008).
- 62 WHO Tobacco Free Initiative. *Building blocks for tobacco control: a handbook*. Geneva, World Health Organization, 2004. ISBN 92 4 159187 0

Photographs and illustrations

© Big Stock Photos

Page 11 - Photographer: Brian Walter

© Panos Pictures

Page 30 - Photographer: G.M.B. Akash

Page 32 - Photographer: Andy Johnstone

© World Bank

Page 34 - Photographer: Curt Carnemark

Designed by **Estúdio Infinito**

Layout by **designisgood.info**

